SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD Y SEGURO DE VIDA TRABAJADORES HITES

MANUAL DEL USUARIO

CONTENIDO

Contenido **2**

Características Generales de los Seguros **3**

Seguro de Vida **4**

Seguro Complementario de Salud **5**
Beneficios Médicos Cubiertos 6
Prestaciones No Cubiertas por el Seguro de Salud 7
Preexistencias 8
¿Que Sucede si una Isapre o Fonasa No Cubre un Beneficio? 9
¿Cómo Puede Incorporarse al Seguro? 9
¿Dónde Debe Solicitar el Reembolsos de Gastos? 12
¿Quién es el Liquidador Insitu? 12
¿Qué Debe Hacer Para Solicitar Reembolsos de Gastos? 13
Reembolso de Medicamentos Cubiertos 14
Obtención de Reembolsos Hospitalarios 15
¿Cómo se Llena la Solicitud de un Reembolso Médico? 15
¿Cómo se Recibe el Pago de un Reembolso? 18

Sistema I-Med (Modelo Metlife I-Med) **18**
Ventajas del Sistema I-Med 19
Limite de Prestaciones Reembolsadas por I-Med 19

Convenio con Clínica Dávila **20**
Características del Convenio Clínica Dávila: 20

Planes Alternativos Opcionales **22**

Plan Básico y Alternativos del Seguro De Vida **23**

Plan Básico y Alternativos del Seguro Complementario de Salud **25**

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SEGUROS

Podrán incorporarse a estos seguros todos los Trabajadores Hites con contrato de trabajo de plazo indefinido o al momento de obtenerlo, y acceder a sus beneficios mientras permanezca su contrato de trabajo vigente.

El Seguro Complementario de Salud está orientado a cubrir al trabajador, su cónyuge e hijos que sean cargas legales debidamente inscritas en la Caja de Compensación Los Andes.

Cada plan del Seguro Complementario de Salud tiene una cobertura anual por beneficiario normal y otra catastrófica, activándose esta última cuando se sobrepasa el monto máximo de cobertura normal (400UF en Plan Base), comenzando a ocupar cobertura catastrófica (500UF en Plan Base), capital adicional que utiliza las mismas coberturas del plan normal.

El Seguro de Vida está orientado únicamente al Trabajador Hites y se hace efectivo en caso de su fallecimiento, entregando el monto del capital cubierto a sus beneficiarios, de acuerdo a los porcentajes asignados a cada uno de ellos al momento de la inscripción.

Cada seguro considera diferentes edades límites para incorporarse, como también de permanencia en estos, según lo siguiente:

- **Seguro de Vida (Cobertura sólo para el Trabajador Hites)**

Ingreso: Antes de cumplir los 69 años de edad.
Permanencia: Hasta cumplir los 70 años de edad.

- **Seguro Complementario de Salud Y Catastrófico**

PARA EL TITULAR Y CÓNYUGE
Ingresos: Antes de cumplir los 65 años de edad
Permanencia: Hasta cumplir los 66 años de edad

PARA LOS HIJOS

Ingreso: Estarán cubiertos desde su nacimiento, siempre que el embarazo y el parto hayan estado cubiertos durante su proceso. En caso contrario los hijos podrán incorporarse al seguro a partir de día 14 contados desde su nacimiento. Cabe señalar que la cobertura comenzará sólo una vez informada a la Compañía aseguradora la incorporación de este.

Permanencia: Hasta cumplir los 18 ó hasta los 24 años de edad siempre y cuando sean solteros, se encuentren cursando estudios en alguna institución educacional reconocida por el Estado y dependientes económicamente del trabajador titular, lo cual debe ser acreditado al figurar como carga legal ante la caja de compensación Los Andes.

SEGURO DE VIDA

La Compañía pagará el capital asegurado a él o los beneficiarios en caso de fallecimiento natural o accidental del trabajador, siempre que éste haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.

El asegurado puede designar a sus beneficiarios libremente y podrá modificarlos cuántas veces quiera.

Importante: Se recomienda designar beneficiarios mayores de edad, toda vez que tratándose de menores el pago se hará al tutor de éste.

En caso de no estar designados los beneficiarios por parte del titular asegurado, éstos serán los herederos legales, debiendo realizar el trámite de posesión efectiva.

El Capital Asegurado por cada trabajador en el plan base y adicionales se puede observar en página n° 24.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Este seguro reembolsa, al Trabajador Hites y sus cargas legales, la mayor parte de los gastos médicos no cubiertos por el Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa), por lo tanto, el uso en primera instancia del Sistema de Salud Previsional es obligatorio.

Ejemplo de Reembolso:
Si Ud. asiste a una consulta médica, y su costo por la atención, después de hacer uso del beneficio de su Isapre o Fonasa, es de $10.000, entonces Ud. puede rembolsar parte de este gasto no cubierto, según el porcentaje señalado en su plan de seguro de salud para ese tipo de prestación, que por ejemplo, si este porcentaje de cobertura fuese de 50%, Ud. podría solicitar el reembolso de $5.000 a la aseguradora, y terminar gastando sólo $5.000 por dicha consulta.

BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

• BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Consiste en el reembolso de los gastos incurridos ante una atención hospitalaria, en hospital o clínica. Estos gastos pueden ser por:

1.- **Día Cama,** consistente en gasto por habitación, alimentación, y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

2.- **Honorarios Médicos, Servicios Hospitalarios y otros Gastos de Hospitalización,** correspondientes a gastos no incluidos en el punto anterior, tales como: salas de urgencia, derecho a pabellones, unidad de tratamiento Intensivo (UTI), exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, medicamentos e insumos, otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que

hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

3.- **Honorarios Médicos Quirúrgicos (H.M.Q.),** propios a los honorarios de profesionales Médicos y Arsenalera que hubiesen realizado una intervención quirúrgica.

• BENEFICIOS AMBULATORIOS

Consiste en el reembolso de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, efectuada y prescrita por el médico tratante. Algunas de estás atenciones ambulatorias son:

1.- **Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio y Radiológicos, Tratamientos, Procedimiento de Diagnóstico y Terapéuticos.**

2.- **Servicio de Ambulancia Terrestre,** por trasladar al asegurado desde y hacia un hospital o clínica, dentro de un radio de 50 Km.

3.- **Cirugía Ambulatoria,** consistente en realizar una cirugía que no requiere de hospitalización, es decir, por tiempo inferior a un día completo, reembolsando todos aquellos gastos en que se incurra por concepto de los servicios suministrados por el hospital.

4.- **Medicamentos.**
Nota: La cirugía láser ocular tendrá cobertura sólo si el grado de dioptría es mayor o igual a 5.

• BENEFICIO DE MATERNIDAD

Este beneficio es derecho de la trabajadora titular o la cónyuge asegurada del trabajador titular, que se embarazan y requieren de la asistencia, en el Parto o Nacimiento del Hijo, en un hospital o clínica.

Este beneficio reembolsará los gastos médicos provenientes de hospitalización, exámenes de laboratorio, procedimientos especiales, derecho a pabellón, honorarios médicos o matrona, en que incurra una asegurada y que tenga la calidad de titular o cónyuge.

También estarán cubiertas por este beneficio las complicaciones o patologías inherentes al embarazo que requieran de hospitalización prenatal o postnatal.

La fecha de concepción debe ser posterior a la vigencia inicial de la asegurada en la póliza. Este beneficio se pagará sólo una vez por cada embarazo.

En partos múltiples, cada hijo adicional nacido vivo tiene a su disposición el 50% del tope asegurado para maternidad según sea el tipo de parto.

Se deja constancia que este seguro no cubre los embarazos de las hijas, aún siendo cargas familiares legales reconocidas del titular asegurado.

PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR EL SEGURO DE SALUD

Este seguro no reembolsará ningún gasto que sea consecuencia o que provenga de:

• Solicitudes de reembolso presentadas fuera de los plazos señalados en la respectiva póliza.

• Enfermedades preexistes o condiciones conocidas y/o diagnosticadas antes de la incorporación al seguro.

• Prestaciones dentales de todo tipo, salvo las provocadas por accidente.

• Tratamientos, consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo.

• Los tratamientos o cirugías que sean para fines de embellecimiento, estético o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de incorporación a la póliza o de la inscripción al seguro.

• Los tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

• Intentos de suicidio, lesiones auto inferidas, abortos provocados.

• Epidemias oficialmente declaradas.

• Insumos ambulatorios no asociados a cirugías ambulatorias.

• Homeopatía, cremas y lociones faciales, jabones y champús, filtros solares, sustitutos alimenticios.

• Tratamientos para adelgazar.

• Participación activa en delitos.

• Accidentes o enfermedades profesionales.

• Malformaciones congénitas.

• Tratamiento de fertilidad o infertilidad. Anticonceptivos.

• Tratamientos iniciados con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la póliza, o de la incorporación al seguro.

• Dermocosméticas en general, excepto aquellos que contengan componentes medicamentosos (antibióticos o corticoides).

• Antiácidos, Diuréticos, Vendas elásticas y panties (de cualquier tipo).

• Alimentos y vitaminas (de cualquier tipo), salvo niños menores de dos años o embarazadas prescritas por el médico tratante.

• Pago de prestaciones realizadas con excedentes de Isapre.

• Prestaciones no cubiertas por el seguro.

• Prestaciones no diagnosticadas por un facultativo médico.

PREEXISTENCIAS

Se refiere a la no cobertura de prestaciones, gastos o siniestros asociados a ningún tipo de patología conocida y/o diagnosticada con anterioridad al ingreso al seguro. Pueden ser; Diabetes, Enfermedades al Riñón, Cáncer, Hipertensión Arterial, entre otras, las cuales deben ser declaradas al momento de incorporarse al seguro.

¿QUE SUCEDE SI UNA ISAPRE O FONASA NO CUBRE UN BENEFICIO?

La Compañía aplicará el porcentaje estipulado en la tabla de coberturas, sobre el 50% del valor de la prestación, salvo en casos de medicamentos y arsenalera, los que serán reembolsados de acuerdo al cuadro de beneficios señalados en este manual.

Es requisito para obtener bonificación del seguro, que ante una prestación no cubierta por su sistema previsional de salud, pero con cobertura en el seguro, se adjunte a la documentación requerida, la boleta original del gasto médico con timbre de la Isapre/Fonasa que indique “no bonificable”.

¿CÓMO PUEDE INCORPORARSE AL SEGURO?

Debe dirigirse donde su Coordinador de RRHH de la Tienda en que se desempeñe, o en caso de no trabajar en tiendas, dirigirse donde el Liquidador Insitu, ubicado en Moneda 772 Segundo Subterráneo, o al Departamento de Recursos Humanos, y solicitar un Formulario de Incorporación al Seguro Colectivo, procediendo a llenarlo con los antecedentes solicitados y debidamente respaldados.

EJEMPLO LLENADO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Como se observa, el Formulario de Incorporación consta de ocho secciones, de las cuales el Trabajador Hites sólo deberá llenar, de su puño y letra, las enumeradas del I. al V. respectivamente. Lo demás será llenado por el Coordinador de Recursos Humanos, el Liquidador Insitu y por la Compañía MetLife, según corresponda, ver ejemplo adjunto.

MetLife

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD

IMPORTANTE

Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el CONTRATANTE, directamente con la compañía de seguros.

Fecha Recepción Compañía: | | | |

CONTRATANTE	R.U.T.	PÓLIZA

I. ASEGURABLE TITULAR

R.U.T.:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Fecha de Nacimiento	Sexo ___Masc. ___Fem.	Estado Civil	ISAPRE	Actividad

Dirección Particular	Nº	Dpto.	Sector / Población / Villa

Comuna	Ciudad	Teléfono Particular	Teléfono Comercial	Teléfono Celular

Peso (Kg)	Estatura (Mts.)	Fecha de Ingreso a la empresa	Capital UF	Renta	Cuenta Corriente	Banco	Dirección E-mail

II. ASEGURABLES DEPENDIENTES PARA EL SEGURO DE SALUD

Nombres (Apellidos y Nombres)	R.U.T.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación / Parentesco	ISAPRE	Peso (Kg.)	Estatura (Mts)

III. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

Nombres (Apellidos y Nombres)	R.U.T.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación / Parentesco	% de Beneficio

IV. DECLARACION DE SALUD (debe ser llenado de puño y letra por el asegurable titular)

¿Ha sido diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalización o tiene conocimiento de padecer o de haber padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones?

Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca, Arterias Coronarias, Enfermedad Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastroduodenal, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC Secuelado, Neuropatía Periférica, Sordo, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernias de Columna, Esferomegalia, Espondiloartrosis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipermetropía, Neurodrugia, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de Válvulas Cardíacas, Transplante de Órganos Mayores, Angioplastía por Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales dependientes propuestos, padezca, haya padecido, la haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente algunas de las enfermedades o situaciones antes enunciadas u otras no indicadas, deberá especificarla en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos.

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes

Estando y conociendo que cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos, de alguno de los asegurables propuestos, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Asimismo autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución información sobre el estado de salud de alguno de los asegurables propuestos. Finalmente, declaro que ninguno de los asegurables propuestos ha sido rechazado como asegurado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

Fecha ____/____/_____ _____ FIRMA ASEGURABLE TITULAR

V. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto y según lo dispuesto en la ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucursales o cesionarios puedan procesar o la tramitación o transferencia de todos o parte de los datos personales o información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficio(s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información

Fecha ____/____/_____ _____ FIRMA ASEGURABLE TITULAR

VI. AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA	VII. APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA
Fecha ____/____/_____ _____ Firma del Representante Contratante	_____ Firma y Timbre Representante MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de cada seguro sólo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurable haya firmado la declaración especial antes indicada.

La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos seguros en los cuales el pago de la prima sea íntegramente cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado.

Las Condiciones Generales de la Póliza, con el detalle de las exclusiones del seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los Códigos POL 2 09 888 para cobertura de vida y POL 3 10 081 para la cobertura de Salud.

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. - 600 590 3800 - www.metlife.cl

ORIGINAL: METLIFE

D 170411

En la **Sección I. "Asegurado- Titular"**, el Trabajador Hites debe ingresar sus datos personales, tales como: Rut, Nombres, Apellidos, Fecha de Nacimiento, Sexo, Estado Civil, Institución Previsional a la que pertenece, Peso, Estatura, Fecha de Ingreso a la Empresa, Actividad (se refiere a su Cargo en la empresa), Capital UF (correspondiente al capital cubierto por el seguro de vida, Capital Plan Base = 300UF), el N° de Cuenta Corriente o Vista, según disponga el trabajador, y el nombre del banco al cual pertenece la cuenta. Sí no conoce el N° de Cuenta Vista asignado por la empresa, podrá consultarlo a su Coordinador de RRHH correspondiente o solicitando por correo electrónico a la dirección genérica Gerencia de Recursos Humanos para remitirle esta información.

La **Sección II. "Asegurados Adicionales para el Seguro de Salud"**, aquí el trabajador debe indicar sus Cargas Legales, sólo cónyuge e hijos, señalando su: Nombre, Rut, Fecha de Nacimiento, Parentesco e Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

En la **Sección III. "Beneficiarios para el Seguro de Vida"**, el trabajador debe ingresar el Nombre, Rut, Fecha de Nacimiento, Porcentaje y Parentesco, de él o los beneficiarios que el trabajador designe para recibir el monto del capital cubierto (Capital UF), según el Plan de Seguro de Vida elegido. Es importante que señale el Porcentaje que le corresponde a cada beneficiario respecto al Capital Total.

En la **Sección IV. "Declaración de Salud"**, el trabajador declara tener o no alguna enfermedad o patología preexistente, tanto para el Asegurado Titular como para sus Cargas Legales. De existir alguna, debe indicarla en el espacio entre el texto y la fecha, haciendo mención a la enfermedad y su fecha de diagnostico, por ejemplo: Diabetes diagnosticada en Marzo de 1998. Luego, ingresa la fecha de declaración, fecha en que se llena el formulario, y firmar donde se señala.

Y en la **Sección V. "Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales"**, señala la autorización otorgada a la aseguradora para comunicar a

otras instituciones que requieran información respecto a enfermedades o prestaciones ocurridas durante la cobertura del seguro.

Si el trabajador quiere mejorar su plan base podrá cambiarse a algún Plan Alternativo, ya sea en plan de vida y/o de salud, y cuando lo haga, deberá volver a llenar este formulario, señalando la solicitud de cambio de plan según opcionales disponibles.

¿DÓNDE DEBE SOLICITAR EL REEMBOLSOS DE GASTOS?

Cuando un asegurado ha realizado un gasto médico y el trabajador titular quiere cobrar los reembolsos correspondientes, el trabajador debe dirigirse donde su coordinador de RRHH en cada tienda, o donde el Liquidador Insitu, y entregarle todos los documentos requeridos para su tramitación (según se detalla en este manual).

¿QUIÉN ES EL LIQUIDADOR INSITU?

Es una ejecutiva de la compañía MetLife que se ubica en Moneda 772 Segundo Subterráneo en Santiago, lugar en que atenderá de Lunes a Viernes de 8:30 a 14:00 Hrs. y de 15:00 a 18:30 hrs., y además podrá recibir consultas al correo electrónico seguros.trabajadores@hites.cl o al teléfono 726 5829.

Ésta ejecutiva atenderá todos los asuntos correspondientes a los Seguros Complementarios de Salud y Seguros de Vida, exclusivamente para los Trabajadores Hites, relativas a:

• Nuevas Incorporaciones, al momento de obtener contrato de trabajo de plazo indefinido.

• Realiza la tramitación de los reembolsos de gastos médicos cubiertos por el seguro complementario de salud.

• Realiza la tramitación del Seguro de Vida a quienes corresponda en caso de fallecimiento de un trabajador.

• Revisar los documentos presentados por los asegurados y verificar que estén completos y dentro de los plazos requeridos.

• Responder todo tipo de consultas relativas a los seguros.

• Actualizaciones y/o cambios en la información de cada asegurado, y de sus beneficiarios de ambos seguros.

• Realizar cambios de planes a los planes alternativos disponibles según convenio.

¿QUÉ DEBE HACER PARA SOLICITAR REEMBOLSOS DE GASTOS?

Efectuado un gasto médico, es obligatorio antes de solicitar el reembolso a la compañía de seguros, requerir la bonificación correspondiente a la Isapre o Fonasa y a cualquier otro seguro de salud que se tenga. Posteriormente, iniciar la tramitación del reembolso del seguro hites, dentro de un plazo de 60 días siguientes a la fecha de la prestación (asistencia a urgencias, consultas, procedimientos o exámenes), mediante entrega de la solicitud de reembolso a la Compañía de Seguros MetLife con la siguiente documentación:

• Solicitud de reembolso de gastos Médicos que debe ser completada en su totalidad, incluyendo la sección de Declaración Médica, de puño y letra por el médico tratante **para el caso de hospitalizaciones, no obstante si se tratase de una atención ambulatoria, el mencionado formulario solo requiere los datos del asegurado titular, pudiendo completarlo el mismo funcionario**. Este formulario puede solicitarse al coordinador de RRHH de su tienda, al Liquidador Insitu de Hites, en el departamento de RRHH o bien imprimirse desde la página Web de MetLife en www.metlife.cl/Servicio al cliente/Empresas.

• ORIGINALES de documentación extendidos a nombre del paciente, tales como facturas, copias del afiliado de bonos u órdenes de atención, programa médico así como el detalle de prestaciones en caso de hospitalización y otras.

• Para que las prestaciones, que requieran de derivación médica, sean bonificadas, deben ser efectuadas por un médico, que debe extender una orden médica de su puño y letra, con el nombre completo del paciente.

• En el caso de atenciones que se encuentren codificadas en la Isapre o Fonasa, así como la "Atención de Urgencia", no requiere que la Solicitud de Reembolso sea llenada por el médico; en tal caso el asegurado deberá destacar en el formulario que los gastos presentados corresponden a una atención de urgencia.

REEMBOLSO DE MÉDICAMENTOS CUBIERTOS

Para reembolsar medicamentos, deberá presentar la receta médica original, prescrita de puño y letra por el médico tratante con el nombre completo del paciente, adjuntando la boleta de farmacia con el detalle de los medicamentos, cantidad, valor unitario respectivo y total. Si la boleta es escrita manualmente, donde sólo sale el valor total, deberá adjuntarse un detalle de los medicamentos con su valor respectivo, debidamente timbrada por la farmacia.

Para aquellas recetas a permanencia o por tratamiento prolongado deberá adjuntar receta original, **la que debe decir claramente que es de "Uso permanente",** más boleta de la farmacia, según se describió en el párrafo anterior. Para solicitudes posteriores deberá adjuntar fotocopia de la receta original y junto con ella, la boleta por la nueva compra. Las boletas a permanencia deberán ser renovadas cada seis meses.

Para recetas retenidas en farmacia, deberá enviar fotocopia de la receta original con timbre de la farmacia que indica RECETA RETENIDA o que señale que queda a disposición del establecimiento por norma del Ministerio de Salud.

OBTENCION DE REEMBOLSOS HOSPITALARIOS

Para este efecto, deberá adjuntar el programa de atención médica timbrado por la Isapre o Fonasa, y junto a éste, enviar:

• Bonos y/o reembolsos originales.

• Detalles de gastos de clínica u hospital, donde se indique los medicamentos, días de hospitalización, pabellón en caso de cirugía, etc.

• Fotocopia de la boleta de honorarios médicos.

Es muy importante que, ante cualquier atención hospitalaria programada se informe a la compañía la fecha de hospitalización y en caso de una atención de urgencia, algún familiar deberá informar por escrito sobre esta prestación al Liquidador Insitu de MetLife, para extender los plazos de reembolso correspondientes en caso de hospitalización prolongada.

¿CÓMO SE LLENA LA SOLICITUD DE UN REEMBOLSO MÉDICO?

Esta Solicitud de Reembolso consta de 5 secciones, las que deben ser llenadas por el Liquidador Insitu, el funcionario Hites o el médico tratante, dependiendo la naturaleza del gasto medico.

Para **atenciones ambulatorias**, solo es necesario que el funcionario complete la sección nº 2 "Datos del asegurado titular", en ella se debe escribir el Rut, Nombre Completo y Edad del Trabajador Hites, y si tuviese, también puede escribir el e-mail para el envió de alguna información respecto a su reembolso.

Para reembolsos por gastos hospitalarios o similares, el funcionario debe completar solo las secciones nº 2 y 3, mientras que las secciones 4 y 5 deben ser llenadas de puño y letra del médico tratante, de esta forma si el médico le diagnostica una enfermedad y/o le recete medicamentos y tratamientos a realizar, el trabajador debe solicitarle al médico que llene las partes 4 y 5 de la solicitud, y así poder hacer efectivos los reembolsos correspondientes a dicha orden medica.

En la **Sección 3 "Antecedentes del Asegurado que Incurre en el Gasto (Paciente)"**, que puede ser el Trabajador, su Cónyuge o Hijo, que recibe la prestación de salud, y además, **la Causa del Reembolso**, que puede ser:

• **En caso de Embarazo**, la Titular o Cónyuge (Carga del Titular Asegurado) debe indicar la fecha de la última regla (FUR) y el n° de semanas de gestación o embarazo que le haya indicado el médico.

• **En caso de Accidente,** en los campos respectivos debe señalar el lugar de ocurrencia del accidente y describir brevemente como sucedió. En caso de accidente de trabajo deben ser cubiertos por la ACHS, por lo tanto, en este tipo de accidentes no corresponde bonificación por parte del seguro. En caso de accidente de tránsito los gastos médicos deberán ser presentados en primera instancia a la Compañía Aseguradora donde el vehículo tenga vigente la póliza contratada para el Seguro Automotriz Obligatorio (S.O.A.P.). Posteriormente, si existiesen excedentes no cubiertos, remitir estos gastos con el formulario de reembolso de la Compañía de Seguros a su Isapre o Fonasa. Una vez obtenidos los reembolsos deberá enviar la documentación de respaldo de la liquidación del seguro S.O.A.P. en fotocopias más la liquidación original de la Isapre o Fonasa a MetLife, liquidador Insitu, en donde existirá reembolso siempre y cuando haya quedado una excedente no cubierto por los beneficios anteriores.

• Finalmente, indique el detalle del Total de Gastos, Total de Montos Bonificados (realizadas por su Isapre o Fonasa, o por alguna otra institución), luego indica El Monto reclamado (correspondiente al monto que no ha sido cubierto), la fecha en que fue declarado el siniestro y finalmente la firma del asegurado titular (Trabajador Hites).

SINDICATO COMERCIALIZADORA S.A.
17

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS
Los beneficios otorgados por el Seguro de Salud son complementarios a los entregados por el Sistema de Salud Previsional (FONASA) o por las instituciones de Salud Previsional (Isapres), en consecuencia en caso de prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales entes descritos, deberá incluir el comprobante del gasto con el timbre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura.
IMPORTANTE: El formulario **debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario** quedara **sujeto a devolución automática.**

1.- DATOS DEL CONTRATANTE (De puño y letra del asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre o Razón Social	Nº de Póliza
NO LLENAR	NO LLENAR	NO LLENAR

2.- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (De puño y letra del asegurado Titular)

R:U:T:	Nombre Completo	Edad
13.854.913-13	PEDRO PABLO SILVA FUENTES	33
Correo Electrónico pedro.silva@gmail.com.cl		

3.- ANTECEDENTES DEL ASEGURADO QUE INCURRE EN EL GASTO (PACIENTE)

Nombre del Paciente	Relación o parentesco con asegurado Titular (si es otro especifique)
LUISA CASTRO CEA	☐ **El mismo** ■ **Cónyuge** ☐ **Hijo(a)** **Otro:……..**
Sistema Previsional	Otros seguros o beneficios de salud
■ FONASA ☐ Sin previsión ☐ Isapre ¿Cuál?	
¡Ha sido derivado o tratado por este mismo diagnostico por otro médico!	Nombre del medico
■ **SI** ☐ **NO**	JOSE EDUARDO ASTUDILLO VASQUEZ
Especialidad del médico GENERAL	

CAUSA DEL REEMBOLSO

■ **Enfermedad** ☐ **Embarazo** ☐ **Accidente** ☐ **Continuación de tratamiento**

En caso de enfermedad o continuación de tratamiento indique: Diagnostico ESCLORODERMIA……Fecha de diagnostico
En caso de embarazo indique: FUR: ……. Nº Semanas de gestación o embarazo: ……
En caso de accidente indique: Lugar de ocurrencia ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Trayecto Casa/Trabajo ☐ Vehículo Particular ☐ Locomoción ☐ Colectiva ☐ Otro.
Detalle brevemente como ocurrió el accidente, indicando además fecha, hora del suceso y lugar de la primera atención de urgencia:

Confirmo la exactitud de mis declaraciones y faculto a la Compañía de Seguros a requerir o solicitar información de todos mis antecedentes médicos > los de mis asegurados dependientes, como también autorizo a los facultativos o instituciones a entregar a la misma todos los antecedentes a objeto de analizar esta solicitud de reembolso conforme a lo dispuesto en el Art. 127 del Código Sanitario, modificado por ley 19.628.

Total de Gastos	Total de monto bonificado	Monto reclamado	Fecha del declaración	Firma del Asegurado Titular
15.000	12.000	3.000	30/06/2013	

4.- DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE (Estimado Doctor, le agradeceremos completar siguiente declaración)

Nombre del paciente	Diagnostico (en caso de embarazo indicar FUR y Nº de semanas de gestación)			
Fecha de atención :……	Fecha de los primeros síntomas:……		Fecha de diagnostico:…….	
¿Cuándo fue consultado por primera vez sobre este diagnostico?		¿Ha tratado anteriormente a este paciente? Cuando y por qué?		
Síntomas que originaron las visitas al medico				
TRATAMIENTO Medicamentos	Exámenes		Otros: especifique	
Aquellos siniestros que sean rechazados podrán ser presentados para futuros análisis por lo que cada siniestro será evaluado de forma independiente				
DATOS DEL MEDICO TRATANTE				
R.U.T.	Nombre		Especialidad	
I.C.M.	Teléfono de la Consulta	Fecha de la declaración		Firma del medico

COMPLETAR SOLO SI SE TRATA DE UN PROGAMA HOSPITALARIO O SIMILAR. EN CASO DE CONSULTAS AMBULATORIAS NO ES NECESARIO LLENAR ESTAS

¿CÓMO SE RECIBE EL PAGO DE UN REEMBOLSO?

La compañía MetLife utiliza dos modalidades para realizar los pagos efectivos de los reembolsos cubiertos por el seguro complementario de Salud.

1. Reembolso inmediato, cuando el asegurado asiste a los servicios de prestadores que cuentan con el Sistema I-MED, reflejado en un menor desembolso al momento de pagar bonos, programas o exámenes médicos, cuando estos pagos se efectúan de inmediato en el lugar de la prestación.

2. Reembolso por depósito bancario: Para los Trabajadores Hites será en cuenta corriente personal o en la cuenta vista otorgada por la empresa para el depósito de su remuneración, informada en formulario de incorporación. Estos depósitos se harán efectivos al menos 10 días después de haber realizado los trámites de reembolso correspondiente.

SISTEMA I-MED (Modelo MetLife I-Med)

Este es un Nuevo Modelo Tecnológico de Pago de Siniestros a través del uso de la huella Digital del asegurado, el cual se detalla a continuación:

MetLife considera el beneficio adicional de **REEMBOLSO INMEDIATO** a través de sistema Huella Digital (I-Med) para gastos ambulatorios por Consulta General y Especialista, Exámenes de Laboratorio y Radiológicos, Fonoaudiología, Medicina Física y Rehabilitación, Kinesiología y Cirugía Ambulatoria en los prestadores e Isapres que tengan el servicio habilitado.

VENTAJAS DEL SISTEMA I-MED

• El asegurado maximiza la cobertura de su Isapre y la de la Compañía de Seguros sólo con el uso de su huella digital.

• Elimina el uso de la Solicitud de Reembolso de bonos por Consultas Médicas y Exámenes Ambulatorios, en instituciones que cuenten con este sistema y que tengan convenio vigente con MetLife. Sólo con la huella digital, el asegurado y sus cargas son reconocidos como asegurados de MetLife.

• El empleado tendrá Cero trámite con la Compañía de Seguros, pues el beneficio es inmediato hasta el monto de UF 3 **o cantidad máxima de bonificaciones en línea por prestación.**

• Disminuye el copago final del asegurado, ya que al utilizar los bonos de su Isapre obtiene un menor precio en la prestación y una mayor cobertura, en relación al reembolso tradicional.

LIMITE DE PRESTACIONES REEMBOLSADAS POR I-MED

Prestación	**Nº de solicitudes Anual Vía I-MED**
Consulta Especialista	8,0
Consulta General	5,0
Ex. Imagenoligia Amb.	5,0

En la eventualidad que se cumplan estos límites, se solicitara al asegurado enviar sus gastos junto a la solicitud de reembolso para su tramitación de acuerdo al procedimiento establecido.

CONVENIO CON CLÍNICA DÁVILA

Este es un beneficio especial entregado por la Compañía de Seguros MetLife en conjunto con Clínica Dávila, y está orientado a otorgar una mejor atención y mejorar las coberturas atingentes contempladas en el Seguro Complementario de Salud normal.

Este convenio es para Atenciones Hospitalarias que requieran de a los menos una noche de hospitalización en la clínica, con la siguiente cobertura:

Ítem	Reembolso
Hospitalización Convenio	100%
Día Cama (Habitación Doble)	100%
Honorarios Médicos convenidos con Clínica, Isapre Fonasa	100%
Atenciones de Enfermedades Catastróficas	100%
Cesárea	100% *
Parto	100% *
Aborto no Voluntario	100% *
Deducible Año Póliza	**Sin deducible**
Máximo Anual	**UF 300****

*: Los Topes de maternidad para Clínica Dávila son UF 30-UF 20-UF 10
**: Este máximo anual es descontado del Tope Anual de la Póliza

CARACTERÍSTICAS DEL CONVENIO CLÍNICA DÁVILA:

1. El presente convenio únicamente tendrá aplicación y operará respecto de aquellas personas que cuenten con Isapre o Fonasa **y una antigüedad mínima de un año en el seguro Metlife**

2. No se aplicarán los beneficios respecto de prestaciones médicas que sean consecuencia de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

3. Clínica Dávila otorgará a los beneficiarios de este convenio todas las prestaciones de salud que esté técnicamente en condiciones de otorgar al momento de ser solicitadas, de acuerdo a sus disponibilidades de capacidad e infraestructura.

4. MetLife Chile Seguros de Vida S.A. no tendrá responsabilidad alguna por los gastos del Prestador que superen los montos máximos de cobertura antes señalados, de forma tal que en todo momento podrá el Prestador exigir a los solicitantes de los servicios respectivos los resguardos que estime del caso para exigir su cobro.

5. Honorarios Médicos convenidos con Isapre o Fonasa: En el evento que un médico en particular no hubiere convenido honorarios con las instrucciones precedentemente señaladas, éstos no podrán exceder los máximos honorarios acordados por el prestador con los médicos del staff de la Clínica. En caso contrario, no aplicará este convenio.

6. Atenciones por enfermedades catastróficas son catalogadas como tales en virtud de la ley, donde el copago del asegurado se remite solamente al deducible: el 100% de lo no cubierto por la Isapre o Fonasa, hasta un límite máximo de UF 100 por evento, entendiéndose por tal la enfermedad que da origen a las prestaciones.

7. Se deberá verificar la identidad de la persona que solicita los servicios de los que da cuenta este convenio, por lo que se requerirá la presentación de la Cédula de Identidad o la de su representante legal, si el paciente fuere carga familiar y no tuviere su cédula, debiendo guardar fotocopia de dicho documento.

8. Las patologías que se señalan a continuación requieren autorización previa y por escrito por parte de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para beneficiarios que se hospitalicen en forma programada (no es aplicable para hospitalizaciones productos de atenciones de urgencia), autorización que se tramitará a través del Liquidador Insitu Hites. A efecto de que MetLife emita una autorización de atención hospitalaria, la que deberá ser presentada y entregada a la Clínica en forma previa a la atención que solicite.

• Cáncer

• Insuficiencia Renal Crónica

• Trasplante de órganos mayores

• Hospitalizaciones a causa de SIDA

• Intoxicación por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares

• Heridas de bala o por arma blanca

• Dolencias originadas por intento de suicidio

• Lesiones auto inferidas

• Abortos provocados

• Cirugía Plástica, excepto si es originada por accidente dentro de la cobertura

• Lesiones en accidentes de tránsito si es el conductor y grado de alcoholemia supera 1gr.

• Lesiones originadas por accidentes laborales

PLANES ALTERNATIVOS OPCIONALES

Adicionalmente al Plan Base de coberturas en Vida y Salud otorgado gratuitamente por la empresa a los Trabajadores Hites, se pone a disposición de los interesados un conjunto de planes de coberturas ampliadas tanto en Seguro de Vida como en Complementario de Salud, a valores preferenciales, de cargo de cada trabajador. Cuyos alcances son los siguientes:

La prima diferencial por estos planes, que es de cargo del Trabajador, esta expresada en UF y será descontada mensualmente por planilla de la remuneración del Trabajador y pagada por la Empresa a la Compañía de Seguros. Considerando el valor de la UF al último día de cada mes.

En caso de licencia médica del trabajador, la Empresa pagará mensualmente en forma normal a la Compañía de Seguros el costo adicional de la Alternativa Opcional, y al regreso de la licencia la Empresa le aplicará el saldo acumulado en dicho periodo al trabajador.

PLAN BÁSICO Y ALTERNATIVOS DEL SEGURO DE VIDA

PLANES DE COBERTURA POR FALLECIMIENTO ASEGURADO

PLAN	MONTO CAPITAL ASEGURADO	PRIMA TOTAL MENSUAL EN UF	OBSERVACIÓN
Plan Básico	**300 UF**	**APORTE 100% HITES**	**Sin Costo para el Trabajador Hites**
Cobertura Opcional 1	500 UF	0,0615	**Diferencias Mensuales a Pagar por Trabajador Hites, con Descuentos por Planilla**
Cobertura Opcional 2	1000 UF	0,1230	
Cobertura Opcional 3	3000 UF	0,5100	
Cobertura Opcional 4	4000 UF	0,9520	
Cobertura Opcional 5	5000 UF	1,1900	
Cobertura Opcional 6	6000 UF	1,4280	

SINDICATO COMERCIALIZADORA S.A.

25

PLAN BÁSICO Y ALTERNATIVOS DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

PLAN DE SALUD COBERTURAS	COBERTURA BASICA APORTE 100% HITES		COBERTURA OPCIONAL 1 PRIMA ADICIONAL DE CARGO DEL TITULAR		COBERTURA OPCIONAL 2 PRIMA ADICIONAL DE CARGO DEL TITULAR		COBERTURA OPCIONAL 3 PRIMA ADICIONAL DE CARGO DEL TITULAR	
HOSPITALARIO	%	TOPE	%	TOPE	%	TOPE	%	TOPE
Día cama Medicina o Cirugía, hasta 30 días	80%	UF 2 diaria	80%	UF 2 diaria	80%	UF 3 diaria	100%	UF 3 diaria
Exceso día 30, cama Medicina o Cirugía	60%	Sin Tope	80%	Sin Tope	80%	Sin Tope	80%	UF 3 diaria
Día UCI, UTI, y otras hasta 30 días o tope UF	80%	UF 2 diaria	80%	UF 2 diaria	80%	UF 3 diaria	100%	UF 5
Exceso día 30 o tope UF, UCI, UTI y otras.	60%	Sin Tope	80%	Sin Tope	80%	Sin Tope	80%	Sin Tope
Día Cama Incubadora y Recuperación	80%	UF 2 diría	80%	UF 2 diaria	80%	UF 3 diaria	100%	UF 5 diaria
Gastos Donante Vivo	80%	UF 20 anual	80%	UF 20 por año	80%	UF 20 por año	80%	UF 20
Gastos Donante Post Mortem	80%	UF 10 anual	80%	UF 10 por año	80%	UF 10 por año	80%	UF 20
Servicios Hospitalarios y H.M.Q y otros Gastos de Hospitalización	75%	Sin Tope	75%	Sin Tope	80%	Sin Tope	100%	UF 30
Exceso Servicios Hospitalarios y H.M.Q y otros Gastos de Hospitalización							80%	Sin Tope
Home Medical Clinic – Hospitalización Domiciliaria	Igual Día Cama		Igual Día Cama		Igual Día Cama		Igual Día Cama	
MATERNIDAD								
Parto Normal	80%	UF 15	85%	UF 15	85%	UF 15	100%	UF 20
Cesárea	80%	UF 20	85%	UF 20	85%	UF 20	100%	UF 30
Aborto no voluntario	80%	UF 10	85%	UF 10	85%	UF 10	100%	UF 10
Complicaciones del Embarazo	80%	UF 8	85%	UF 8	85%	UF 8	80%	Sin Tope
Parto Múltiple	50% x hijo nacido vivo		50% x hijo nacido vivo		50% x hijo nacido vivo		100% x hijo nacido vivo	
Tratamiento de Fertilidad e Infertilidad	Sin cobertura		Sin cobertura		Sin cobertura		80%	UF 10
AMBULATORIO								
Consultas Medicas	50%	UF 0,50	50%	UF 0,50	60%	UF 0,50	65%	UF 0,50
Cirugía Ambulatoria	50%	Sin tope	50%	Sin tope	60%	Sin tope	75%	Sin tope
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	50%	Sin tope	50%	Sin tope	60%	Sin tope	75%	Sin tope
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	50%	Sin tope	50%	Sin tope	60%	Sin tope	75%	Sin tope
Tratamientos (Fonoaudiología – Kinesiología)	Sin cobertura		Sin cobertura		60%	UF 6	75%	UF 10

PLAN DE SALUD COBERTURAS	COBERTURA BASICA APORTE 100% HITES		COBERTURA OPCIONAL 1 PRIMA ADICIONAL DE CARGO DEL TITULAR		COBERTURA OPCIONAL 2 PRIMA ADICIONAL DE CARGO DEL TITULAR		PLAN DE SALUD COBERTURAS	
Medicamentos de Marca	50%	Sin Tope	50%	Sin Tope	50%	Sin Tope	50%	Sin Tope
Medicamentos Genéricos	80%	Sin Tope	100%	Sin Tope	100%	Sin Tope	100%	Sin Tope
Drogas Antineoplasicas	Ídem a Medicamentos		Ídem a Medicamentos		80%	Sin Tope	80%	Sin Tope
Psiquiatría, Psicología y Psicopod.	**Sin cobertura**		**Sin cobertura**		**Tope anual UF 8**		**Tope anual UF 20**	
Gastos Ambulatorios (Salud Mental)	Sin cobertura		Sin cobertura		60%	UF 0,5	80%	UF 1
Gastos Hospitalarios (Salud Mental)								
OTROS BENEFICIOS								
Prótesis y Ortesis	Sin cobertura		Sin cobertura		50%	UF 15	80%	UF 100
Óptica (marco y cristales)	Sin cobertura		Sin cobertura		50%	UF 1,5	80%	UF 3
Aparatos Auditivos	Sin cobertura		Sin cobertura		En prótesis		En prótesis	
Serv. De Ambulancia Terrestre (Radio 50 Km.)	75%	UF 5 por año	75%	UF 5 por año	75%	UF 5 por año	80%	UF 10
Cirugía Ocular Laser (= o > a 5 dioptrías)	80%	UF 7 por año	80%	UF 7 por año	80%	UF 7 por año	80%	UF 7 por ojo
Materiales de Yeso	Sin cobertura		50%	UF 3 por año	En prótesis		En prótesis	
Cobertura en Extranjero	50%		50%		50%		Ídem Plan	
MONTO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO	**UF 400**		**UF 450**		**UF 450**		**UF 500**	
Cobertura Catastrófica	Ídem Plan	UF 500	Ídem Plan	UF 500	Ídem Plan	UF 1.000	Ídem Plan	UF 3.000
Gastos no cubiertos por isapre o FONASA	50%	Ídem Plan	50%	Ídem Plan	50%	Ídem Plan	50%	Ídem Plan
PRIMAS BRUTAS (INDIVIDUALES)	**PRIMA BASE**		**PRIMA OPCIONAL 1**		**PRIMA OPCIONAL 2**		**PRIMA OPCIONAL 3**	
Asegurado solo	**PLAN BASE DE CARGO**		0,1139		0,8001		1,1509	
Asegurado con 1 carga	**100% EMPLEADOR HITES**		0,2135		1,4609		2,1066	
Asegurado con 2 o más cargas			0,3013		1,9300		2,7823	
Prima Bruta Mensual (UF)			**DIFERENCIAS BRUTAS MENSUALES A PAGAR POR CADA TITULAR, CON DESCUENTOS POR PLANILLA**					